Paullada (L)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE

LA SINTOMATOLOGIA DE LA INFECCION PUERPERAL

TESIS

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

presenta al
Jurado calificador

LEOPOLDO PAULLADA

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina,
ex-practicante del Hospital General de San Andrés y miembro
de la Sociedad Filoiátrica.

MÉXICO

OFICINA TIPOGRÁFICA DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO.

Calle de San Andrés núm. 15. (Avenida Oriente 51)

1897

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE

LA SINTOMATOLOGIA DE LA INFECCION PUERPERAL

TESIS

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

presenta al
Jurado calificador

LEOPOLDO PAULLADA

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina,
ex-practicante del Hospital General de San Andrés y miembro
de la Sociedad Filoiátrica.

MÉXICO

OFICINA TIPOGRÁFICA DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO.

Calle de San Andrés núm. 15. (Avenida Oriente 51)

1897

A LA MEMORIA DE MI PADRE.

A MI ADORADA MADRE.

AL SEÑOR

LIC. JOAQUIN BARANDA

MINISTRO DE JUSTICIA É INSTRUCCIÓN PÚBLICA.

A LA MEMORIA DEL SR. MOISES URQUIOLA R.

AL SR. D. JOAQUIN QUINTANA.

A mi bondadoso maestro el eminente tocólogo
mexicano

Sr. Dr. Alberto López Hermosa,

Profesor de Clínica Obstétrica
de la Facultad de Medicina de México. Miembro de la Academia
Nacional de Medicina
y Director del Hospital de mujeres dementes.

A mis distinguidos maestros

Señores Profesores

José María Gama. Tomás Noriega. Adrián de Garay y Fernando Zárraga.

A mi hermano y compañero
de estudios

GUILLERMO FERRER.

EL diagnóstico de una enfermedad es sin duda alguna la base sobre la cual reposa todo el gran monumento de las ciencias médicas; es la brújula que guía al práctico hacia un pronóstico juicioso y á una terapéutica racional, pues aquel será tanto más probable ó aun cierto y ésta tanto más oportuna y sabiamente conducida, cuanto que el diagnóstico sea más seguro y haya sido hecho con más anticipación; así, pues, es hacia este ideal al cual deben dirigirse todas las fuerzas del práctico, que cumpliendo con los deberes que le impone su conciencia, tiembla ante la idea de caminar á obscuras en el santuario de su profesión y ambiciona sentir la satisfacción que le produzca penetrar en él, guiado por la luz resplandeciente de la gran verdad científica: el diagnóstico patogénico, única base seria del más sublime de los sacerdocios, curar ó cuando menos, aliviar los padecimientos de la humanidad, que han roto el equilibrio ó la armonía que normalmente existe en las principales funciones de los aparatos orgánicos.

El diagnóstico, de la palabra griega (*διάγνῶσιξ*, *dicernimiento; διά*, *entre*, *φνωσιξ*, *conocimiento*) es definido de distintos modos por los autores; las más conocidas de éstas definiciones son les siguientes:

Bouchut dice: "el diagnóstico es esta importante operación del espíritu que nos eleva á conocer una enfermedad por la interpretación de sus síntomas."

Double: "la ciencia de los signos y su valor en las enfermedades."

Rostan: "el conocimiento de los caracteres, que sirven para diferenciar las enfermedades. La apreciación exacta de las alteraciones de los órganos, de los síntomas locales y generales á los cuales estas alteraciones dan lugar, constituye principalmente el diagnóstico."

Raciborski: "es la resolución de los problemas que presenta la persona de la que el médico está llamado á comprobar el estado, estado según el cual debe obrar."

Racle: "la ciencia del diagnóstico es la que tiene por objeto conocer la existencia, el sitio y la naturaleza de las enfermedades, así como el grado al cual han llegado y su estado de sencillez ó de complexidad."

Chomel: "en medicina, diagnosticar es conocer una enfermedad siempre que exista, distinguiéndola de las demás perturbaciones funcionales del organismo que con ella puedan tener alguna semejanza."

Ciertamente que la definición de Racle satisface al espíritu más exigente. No menos clara es la manera de considerar esta cuestión eminentemente clínica por Chomel.

Partiendo de esta idea vamos á ver si podemos fundar bajo seguras bases el diagnóstico de la infección puerperal, formidable proceso que por muchos años fué el escollo de los parteros, el azote de las mujeres en el momento de cumplir su más noble misión en la tierra, la de dar vida á expensas de su organismo al sér que lleva en sus propias entrañas, y la desolación de las maternidades, que más de una vez fué preciso clausurar para evitar la propagación de esta infección á las desgraciadas que ocurrían á estas casas de beneficencia, en solicitud de la asistencia científica que en ellas se proporciona á la clase desheredada y menesterosa de la sociedad.

Con la diseminación de las parturientas y la desocupación de las maternidades se practicaba de hecho antes de los descubrimientos del sabio Mr. Pasteur la asepsia de dichos plan-

teles transformados en focos de infección; asepsia en la cual era un poderoso adyuvante la limpieza y amplia ventilación de los diversos departamentos en los cuales se alojaba á las mujeres; departamentos que sin estos requisitos en lugar de ser el sacro templo de la maternidad, tan sólo eran un triste panteón de madres é hijos.

En efecto, la amplia ventilación y escrupulosa limpieza son una de las mejores condiciones de los diversos métodos, hoy recomendados para la segura desinfección de los lugares que han sido habitados por enfermos atacados de afecciones infecciosas.

A partir de los descubrimientos del eminente sabio francés, se han sucedido sin interrupción alguna un sin número de trabajos basados en la acción generadora de las infecciones, y que han tenido por objeto ya aislar y cultivar los gérmenes patógenos productores de tal ó cual enfermedad, ya el de demostrar la acción indiscutiblemente tóxica de los productos químicos llamados toxinas que producen dichos seres; ora hacer palpable la acción fagocitaria de los leucócitos frente á dichos micro-organismos patógenos, ora demostrar el poder parasiticida de ciertos agentes terapéuticos llamados microbicidas y finalmente el grado de virulencia de tan referidos gérmenes, según las condiciones más ó menos adecuadas que encuentran en el organismo que invaden.

Conocemos en la actualidad los principales microbios que originan las infecciones puerperales. Sabemos que éstos, como son el estreptococcus y los estafilococcus se encuentran solos ó asociados á otros varios micro-organismos de poder infeccioso variable ó aun inofensivos en la vagina de toda mujer al término del embarazo, esperando que el traumatismo del parto les abra las puertas para penetrar á la economía: la herida placentaria, la dilaceración frecuente del cuello uterino, las escoriaciones de la vagina ó las desgarraduras de la vulva ó del perineo son vías de paso dispuestas á la penetración de tan peligrosos gérmenes, y el estado puerperal mismo crea un medio favorable á la pululación de los microbios infecciosos.

Conocemos agentes terapéuticos que poseen acción microbicida y que al destruir ó neutralizar á dichos micro-organismos no ejercen acción nociva sobre los tejidos ú órganos con los cuales se ponen en contacto.

Con tan brillantes elementos podemos pues prevenir las infecciones puerperales y evitar ó suprimir la septicemia puerperal realizando la asepsia del aparato genital y de todo cuanto rodee ó sirva para el uso de toda mujer desde el momento que se inicia el parto, durante el trabajo y en los primeros 12 ó 15 días del puerperio. De aquí que el estudio de la antisepsia obstétrica ocupe tan preferente lugar en todos los trabajos modernos de obstetricia.

Si en verdad se debe saber para prever, no es menos cierto que aún existen personas que inmerecidamente ejercen el arte de los partos con los conocimientos más ó menos extensos que adquirieron hace 20 años y que desconociendo por completo las leyes fundamentales de la Bacteriología y de la Terapéutica antiséptica asisten á las mujeres que caen en sus torpes manos, sin las precauciones que éstas imponen, y que constituyen la única garantía para ponerlas fuera de la acción microbiana y en tal virtud al abrigo de la más terrible complicación puerperal, la septicemia.

Desconociendo así la ciencia moderna no es competente para prever, y las parturientas están eminentemente expuestas á un puerperio infeccioso, cuyas consecuencias serán tanto menos peligrosas cuanto más oportunamente sean conocidas.

He aquí la importancia de un diagnóstico oportuno y completo, para normar una conducta racional y científica, única tabla de salvación con que cuenta la parida que no ha sido asistida por persona, que conociendo sus deberes, sea capaz de prepararle un parto feliz y un puerperio fisiológico.

Tratemos ahora de estudiar cuáles son los signos y síntomas que permiten fundar este diagnóstico oportuno y que conducen á una intervención pronta y á un resultado las más veces feliz.

SINTOMATOLOGÍA DE LA INFECCIÓN PUERPERAL.

Comenzaremos por decir con Charpentier, que si no se debe admitir la fiebre puerperal tal como la comprendían los antiguos autores, no puede negarse que existe un conjunto de fenómenos, de accidentes puerperales que son el resultado de la infección puerperal y que se pueden abrazar con el nombre de Septicemia Puerperal.

Estos accidentes son el resultado de la penetración al organismo de los microbios sépticos (estreptococcus piogenes, estafilococcus, vibrión séptico, coli-bacilo y neumo-cocus). Son dichos accidentes por consecuencia altamente contagiosos, como todas las afecciones infecciosas. Raros en el estado endémico, se les observa sobre todo en las maternidades, donde suele revestir la forma epidémica.

Estos agentes penetran al organismo ya por los linfáticos, ya por los senos uterinos abiertos, ya por ambas vías á la vez, generalizando á distancia la intoxicación y produciendo lesiones en relación con la clase de micro-organismo, con el grado de virulencia de éste, con los órganos invadidos y especialmente con la resistencia vital de la puérpera.

De aquí resulta, que la infección puerperal puede dar lugar á manifestaciones múltiples y de aquí la gran confusión que de la Patología del puerperio hacían los antiguos autores y la necesidad en que se encontraban de formar estos grandes cuadros, como el conocido de Hervieux, en los que se encontraban reunidas no sólo las múltiples enfermedades de que puede verse atacada la mujer parida, sino también de las que puede ser susceptible durante la preñez y el parto.

Hoy, gracias á un estudio más concienzudo de los hechos y á una observación más bien guiada, todos los autores están de acuerdo en considerar en el estudio del puerperio patológico una causa única: la infección, y en dividir los accidentes á que esta infección da lugar, en dos grandes clases: primera, la infección local y segunda, la infección generalizada; no siendo

esta división absoluta, pues Ribémont-Dessaignes y Lepage en su obra de Obstetricia, al adoptar esta clasificación agregan que las lesiones locales del aparato genital, se acompañan siempre de síntomas generales más ó menos acentuados, y que es raro que una infección exista sin lesiones, aunque poco aparentes, del aparato genital.

Otra división de esos accidentes, es la de Charpentier que estudiándolos bajo el punto de vista práctico los divide en: primero, accidentes que curan casi siempre y segundo, accidentes casi fatalmente mortales. Los primeros revisten la forma francamente inflamatoria y tienen tendencia á localizarse, guardando los caracteres de una inflamación simple y franca; los segundos, al contrario, presentan un carácter infeccioso bien claro, irradiando sobre toda la economía y acompañándose de manifestaciones diversas, sobre órganos más ó menos distantes del centro, del punto de partida de la infección.

Hay algunos síntomas comunes á ambas manifestaciones de la infección y estos son de mucha importancia, porque son los que ponen al Partero sobre aviso y le previenen el peligro, de éstos los más importantes son sin disputa el calosfrío y la fiebre, el primero puede ser único ó múltiple, más ó menos intenso, se presenta generalmente al fin del tercer día, rara vez más tarde, el cuarto ó el quinto, es seguido de sudores y acompañado del segundo, es decir, de la fiebre, que se traduce por la aceleración del pulso y la elevación de la temperatura que es de ascensión bastante rápida, pudiendo llegar en corto plazo á 39° y 40° y aun pasar éstos.

Estudiemos separadamente la infección puerperal localizada y la infección generalizada.

INFECCIÓN LOCAL.

Como su nombre lo indica, en este caso la infección permanece localizada al aparato genital ó á los órganos cercanos á él. Adoptaremos para su estudio la clasificación de Ribémont, y la dividiremos en: 1º, endometritis; 2º, salpingitis; 3º, perime-

tro-salpingitis; 4º, flegmon del ligamento ancho; 5º, celulitis pelviana difusa.

Esta división es puramente teórica y sólo es seguida por comodidad en su estudio, pues en la práctica estos accidentes se presentan acompañados unos de otros; así, es raro que haya salpingitis sin endometritis previa y aun muchas veces á estas dos afecciones se une la inflamación del ovario, formando así una sola entidad; así los autores se han visto obligados á crear denominaciones en las que se encuentren reunidos estos accidentes múltiples y han adoptado las palabras de metro-salpingitis y metro-salpingo-ovaritis, de modo á dar una idea más exacta de la afección.

1º Endometritis Puerperal.—La infección en la endometritis puerperal puede ser ligera ó intensa; en el primer caso, la infección de la mucosa uterina tan sólo se manifiesta por un ligero calosfrío después del parto y una débil elevación de temperatura, es de muy corta duración y no altera en nada la salud.

Los antiguos le llamaban *fiebre de leche*, por manifestarse esta elevación de la temperatura en el momento de establecerse la secreción láctea.

Cuando la infección es más intensa, observamos un grupo de síntomas que ponen de manifiesto la enfermedad y que dividiremos en locales y generales, siendo éstos el calosfrío y la fiebre.

Desde luego debemos hacer notar que con relación al principio de la afección hay que tener en cuenta un hecho importante, y es que la primiparidad ó multiparidad de la puérpera tienen una influencia manifiesta sobre el modo como comienza á manifestarse la infección, pues en tanto que en la multípara hay, por decirlo así, fenómenos prodrómicos, en la primípara no los hay; así en aquélla se ven generalmente los fenómenos inflamatorios suceder á los entuertos, que en este caso son notables por su intensidad y duración y son debidos probablemente á la irritación ejercida sobre el útero por el ele-

mento inflamatorio, pues es bien sabido que basta la más ligera irritación de éste órgano para provocarlos.

Así pues, hay que estar en guardia cuando en una multípara se observe la persistencia de los entuertos más allá de 36 ó 48 horas después del parto, sobre todo si, como hemos dicho, estos entuertos son notables por su intensidad dolorosa y su duración y aun más si son acompañados de una sensación de pesantez al nivel del útero, un dolor sordo en este lugar en el intervalo de estos entuertos y una sensación de dureza uterina, que contrasta con la blandura de este órgano en los primeros días que siguen al parto.

Siendo en la primípara excepcionales los entuertos, no tenemos en ella estos síntomas precursores y así la vemos, puede decirse, sorprendida bruscamente por la enfermedad, sin que nada haya hecho suponerla en medio de un estado general en apariencia satisfactorio.

Habíamos dicho que el calosfrío es generalmente la primera manifestación de la infección, éste se presenta con más frecuencia del tercero al cuarto día, aun á veces desde el segundo, es de mucha importancia, pues aunque algunas veces puede faltar, que exista es la regla y que falte la excepción. Es notable, cuando existe, por su intensidad y duración. Este calosfrío establece aún una diferencia notable entre el modo de principio de la enfermedad en la multípara y la primípara, pues en la primera este síntoma falta á menudo, en tanto que en la segunda es raro que no se observe. Así, en las multíparas vemos los entuertos con los caracteres que les hemos descrito y á ellos suceden casi insidiosamente la inflamación uterina, en tanto que en las primíparas este calosfrío es frecuente y en ellas se observa que sobrevienen súbitamente los fenómenos de la enfermedad.

Casi simultáneamente con el calosfrío se presenta el otro síntoma general y no de menos importancia, la calentura. Ésta puede quedar en límites moderados (38°.5 á 39°.5) pero algunas veces alcanza hasta 40° y aun suele llegar á 41°. Se

acompaña del conjunto sintomático propio á toda elevación de temperatura. El pulso se eleva á 100 ó 110 pulsaciones por minuto, piel caliente, sudorosa, pérdida de apetito y este malestar general que se observa en todas las condiciones análogas.

Como fenómenos locales, el más importante es, sin duda, 1º, el dolor. Este dolor puede manifestarse, tan sólo por un sentimiento de pesantez en el vientre y los riñones y otras veces puede revestir un carácter de suma intensidad y entonces está caracterizado por su constancia, su exacerbación, por los movimientos de la enferma y por la presión y su aumento de intensidad cuando se comprime una parte determinada de la zona uterina, que en este caso es una ó las dos regiones laterales del útero; este carácter se pone más de manifiesto, cuando el dolor es poco pronunciado espontáneamente, pues en este caso, basta una ligera presión en las antes dichas partes laterales del útero para despertarlo y para hacer experimentar á la enferma una sensibilidad extrema.

2º El otro síntoma local es el hinchamiento del vientre que tiene valor como síntoma negativo; en efecto, haciendo la inspección del vientre, encontramos que no está hinchado, ni doloroso, y como dice Charpentier: "La mano aplicada sobre el vientre, no determina á la presión ningún dolor en tanto que no se llega á la región uterina; alcanzando el contorno de esta región, y sobre todo las partes laterales del útero á 2 ó 3 centímetros encima del pliegue de la ingle, inmediatamente la enferma acusa un dolor extremadamente vivo, dolor que, lo hemos dicho, se extiende á todo el útero, pero al útero solo.

3º Involución uterina. La involución uterina se detiene si había comenzado ó no se hace del todo; el útero permanece grande, voluminoso, alcanzando algunas veces el nivel del ombligo; además, como hemos dicho, es doloroso, y su dureza contrasta con la blandura que debe tener en los primeros días del puerperio.

4º Modificaciones de los loquios. Los loquios se suprimen en parte, cambian de color, se vuelven amarillentos ó rojizos, y en lugar de no tener olor bien marcado, como sucede cuando la antisepsia ha sido bien conducida, toman un olor un poco fétido.

5º Modificaciones al tacto. Cuando se practica el tacto, se encuentra la vagina caliente, húmeda y dolorosa. Llevando el dedo hasta los fondos de saco, se determina dolor como á la palpación del abdomen, siendo en este caso como en aquél, más notable al nivel de las partes laterales y con mucha frecuencia más de un lado que de otro; además, se siente también el útero voluminoso y poco móvil, y como la inflamación de este órgano tiene tendencia á ganar las partes cercanas, no es muy raro en estos casos encontrar un empastamiento difuso al nivel de estos fondos de saco vaginales.

6º Hay otros fenómenos que no debemos olvidar, como son la constipación que se agrava si ya existía ó se presenta si no la había aún.

Importante es también tener presente que la secreción láctea no se establece ó se establece incompletamente si la enfermedad se presenta antes de aparecer esta función.

Este cuadro sintomático de la endometritis es el que se observa cuando la infección, por felicidad ó por una intervención racional, ha permanecido limitada á la mucosa endométrica, y en este caso tiene una duración de ocho á diez días, poco á poco el cuadro sintomático va desapareciendo y no queda como último fenómeno sino una ligera elevación de temperatura vesperal, que en sí también pronto va á desaparecer.

Pero por desgracia, ya sea por falta de intervención ó de una intervención mal hecha, la inflamación séptica gana los linfáticos, traspasa esta capa de celdillas redondas que la naturaleza ha puesto debajo de la mucosa uterina, como un centinela avanzado para defender al organismo contra la infección, y que la Histología patológica nos ha hecho conocer, y entonces, penetrando estos micro-organismos al torrente circulatorio,

van á producir los fenómenos de la septicemia puerperal, y muy probablemente la muerte de la enferma; Bumm, basándose en el examen bacterio–histológico de la mucosa endo–uterina, ha dividido las endometritis puerperales en tres clases.

1ª En la primera coloca la endometritis pútrida, aquella en la cual la caduca está descompuesta por los gérmenes de la putrefacción, sin que los gérmenes sépticos intervengan. Es la que cura más pronto, y la mejor para el raspado, cuyo primer efecto es la caída de la temperatura.

2ª Un segundo grupo comprende la endometritis séptica localizada; en la cual se encuentra sobre todo estreptococus. Su aspecto histológico recuerda bastante bien el de la forma precedente, pero el estreptococus permanece fijo sobre la capa necrosada de la mucosa, debajo de la cual se ha desarrollado una zona granulosa más ó menos gruesa de celdillas redondas que protege el resto del tejido uterino, y en particular los linfáticos, contra la invasión microbiana. La fiebre se explicaría en este caso, según Bumm, por la reabsorción de las toxinas microbianas. Estas dos primeras variedades son benignas y constituyen manifestaciones localizadas de la infección.

3ª En la tercera clase, al contrario, se coloca la endometritis séptica con infección general consecutiva. Son entonces los síntomas generales de la infección séptica los que dominan la escena, la metritis pasa casi desapercibida. (Ribemont–Dessaignes y Lepage.)

Pero hemos dicho ya que por fortuna estos casos de generalización de la infección no son ya muy frecuentes; más común es observar la propagación de la endometritis á los órganos cercanos, lo que ya presenta un carácter un poco más notable de gravedad.

Pasemos ahora á estudiar otra de las manifestaciones locales de la infección puerperal, quiero hablar de la inflamación puerperal de la ó de las trompas de Falopio, es decir, de la

2º Salpingitis puerperal.—Como esta afección tan sólo es debida á la propagación de la infección del útero á la trompa, re-

sulta que la salpingitis puerperal no tiene existencia autónoma, y cuando existe, tiene que estar íntimamente unida á la inflamación de la mucosa uterina, es decir, que no hay sólo salpingitis, sino metro-salpingitis. Aún hay más, esta inflamación propagada del útero á la trompa, rara vez respeta los límites de ésta y sí con frecuencia se propaga al ovario, con el cual está en inmediata relación, resultando así otra entidad morbosa, que se ha llamado metro-salpingo-ovaritis.

Esta afección tiene de particular que es tardía en su aparición.

Mucho se ha discutido para saber qué vía siguen los gérmenes que del útero invaden la trompa. Unos, como Schrœder, sostienen que es por la continuidad de la mucosa del útero que pasa á la trompa sin límite de demarcación, en tanto que otros, como J. L. Championnière, se pronuncian por la vía linfática. Ribemont opina que no es tan sólo por la mucosa y linfáticos sino también por los vasos sanguíneos que se hace la propagión.

Sea de ello lo que fuere, el hecho averiguado hoy por la ciencia es que esta propagación existe y que la inflamación de la trompa, como hemos dicho, depende directamente de la infección de la superficie interna del útero.

La inflamación de la trompa puede, como la del útero, ser ligera ó intensa; en el primer caso regularmente permanece catarral y no es fácil diagnosticarla, porque los síntomas generales y locales á que da lugar son poco marcados y se confunden con los que dependen de la inflamación de la matriz, por otra parte, esta inflamación de la trompa no presenta por sí sola ninguna gravedad, y si la mujer permanece por algún tiempo en reposo no tarda en curar.

Por el contrario, cuando la salpingitis es intensa, los signos de la inflamación de la trompa dominan y ocultan, por decir así, los de la metritis ligera que le ha dado nacimiento. En este caso tenemos que estudiar, como en el de la metritis, los síntomas generales y los síntomas locales.

Los primeros son como en toda infeccion, el calosfrío y la fiebre.

1º *Calosfrío.*—Debiéramos mejor llamarle calosfríos, pues en esta afección no es uno sino muchos pequeños calosfríos los que se observan, siendo éstos de poca intensidad y corta duración pasan algunas veces desapercibidos.

2º *La fiebre.*—La elevación de la temperatura es notable por su poca intensidad, no alcanzando un grado muy elevado aun con salpingitis medianamente intensas y por sus paroxismos vesperales.

Los síntomas locales son mucho más importantes y son: en primer lugar el dolor, después las modificaciones obtenidas por el tacto.

1º *Dolor.*— Es constante y se exagera por la palpación del abdomen, se encuentra de uno de los dos lados del útero según que la lesión sea uni ó bilateral, en ambos casos su máximum de intensidad se encuentra en las cercanías de la ingle. Un hecho común y de difícil explicación y que consigna Auvard en su tratado de Ginecología, es que en el caso de unilateralidad de la lesión en el lado opuesto al que se encuentra ésta, es donde son más preponderantes los dolores.

Además de estos dolores constantes, la mujer puede algunas veces acusar verdaderas crisis dolorosas á las cuales se ha llamado cólicos salpíngeos, producidos, se cree, por las contracciones que la trompa ejecuta para llevar hacia el útero el líquido secretado en su interior bajo la influencia de la inflamación. Labadie-Lagrave ha llamado á este escurrimiento "Vómito salpíngeo."

2º *Tacto.*—El tacto es doloroso y pone de manifiesto por parte de la vagina los mismos signos que hemos descrito á propósito de la metritis.

Como hemos dicho. la inflamación de la trompa existe rara vez sola, generalmente junto con ella se encuentra la inflamación de los anexos; por consecuencia de la inflamación de estos anexos hay un edema periférico que impide por completo

obtener resultados precisos por este medio de exploración, tan sólo se encuentra la tensión de los fondos de saco de la vagina, un empastamiento difuso que llena casi por completo la pequeña pelvis, que está en relación con la extensión de la inflamación al peritoneo pélvico y que inmoviliza por completo el organo gestador.

Pudiera suceder alguna vez que una inflamación ligera del útero tuviera como consecuencia una propagación de esta inflamación con predominancia en la trompa y por consecuencia al ovario, pues si puede por rareza observarse salpingitis sin inflamación de los otros anexos, es muy remoto observarlas sin ovaritis, y entonces sí podrían obtenerse algunos datos proporcionados por el tacto, tales como la aparición de un cordón duro y doloroso, que partiendo del cuerno de la matriz va aumentando de volumen mientras más se aproxima al ovario, que se manifiesta á este nivel por un hinchamiento claramente apreciable, hinchamiento en el cual se determina un dolor análogo al que produce en el hombre la compresión del testículo.

Pero lo repetimos, si estos casos no son imposibles, sí por lo menos son muy raros de encontrar y como hemos dicho la inflamación se extiende al peritoneo pelviano, dando lugar á otra manifestación local de la infección puerperal: á la inflamación peri–uterina circunscrita ó difusa ó á la

3º Peri–metro–salpingitis circunscrita ó difusa.—El transporte de los gérmenes infecciosos del útero al peritoneo que le rodea, se hace algunas veces por la vía linfática y otras directamente; los productos de la inflamación séptica pasan de la trompa al peritoneo, ambos modos de ser dan lugar á accidentes inflamatorios, que si bien pueden limitarse á un simple edema inflamatorio que desaparece al cabo de algunos días no habiendo provocado sino algunos fenómenos dolorosos y no dejando después de sí sino algunas induraciones adelante ó detrás del útero; otras veces tiene como terminación la supuración y determina y produce lo que se ha llamado abscesos pelvianos.

La inflamación del peritoneo, como hemos hecho suponer

por el encabezamiento de este párrafo, puede ser generalizada ó localizada á la periferia de uno de los órganos contenidos en la pelvis.

La forma localizada es la que produce más generalmente los fenómenos de induración de que hemos hablado, pues tiene de particular que rara vez llega á la supuración y se termina más generalmente produciendo adherencias al derredor del útero, de las trompas, los ovarios y encarcelando é inmovilizando fuera de su sitio normal uno ó más órganos pelvianos.

La forma generalizada es mal llamada así pues la inflamación no ataca á todo el peritoneo, como su nombre podría hacerlo creer, pues si bien es cierto que esto puede suceder, lo es también, que con más frecuencia la inflamación peritoneal se sircunscribe á los espacios retro ó ante-uterinos, teniendo en ambos casos como límite los ligamentos anchos.

Esta peritonitis, generalizada más comunmente, se termina por supuración, el pus se colecta entre los órganos unidos por los productos inflamatorios, dando lugar así á lo que se ha llamado abscesos pelvianos. Estos, una vez formados, si no se da salida al pus, se abren vía al exterior, sea por el recto, sea por la vagina, sea por la vejiga ó aun por la piel del vientre ó de la cara interna del muslo, en cuyo caso sigue el trayecto de los vasos femorales.

Los síntomas de la peritonitis puerperal no muchas veces pueden diferenciarse de los de la afección que los ha producido. Se observan generalmente todos los fenómenos que se encuentran en toda inflamación del peritoneo, cualquiera que sea su causa, y que se han llamado fenómenos peritoneales.

Desde luego un calosfrío, más ó menos violento, algunas veces pasa desapercibido

A este calosfrío sigue como fenómeno importante la fiebre que se presenta y que según la rapidez de principio de la afección, asciende en un momento á 39° ó 40°, y se acompaña del cortejo sintomático habitual (cefalalgia, inapetencia, sed, etc.).

El dolor es por lo general súbito y muy violento, á veces has-

ta sincopal; este dolor hace algunas veces imposible todo examen de la enferma porque ésta no soporta ni el menor movimiento, ni la más ligera presión.

Se observa además abullamiento del vientre, vómitos y lentitud del pulso, fenómenos que como sabemos son habituales á la inflamación del peritoneo. Este meteorismo á más del dolor, pone obstáculos para obtener los datos que podría suministrarnos la palpación del abdomen; sin embargo, ésta, practicada de un modo conveniente y con método, puede hacernos conocer un empastamiento que ocupa todo el tejido celular de la pequeña pelvis y que inmoviliza el útero. Más tarde, tan sólo, al ir desapareciendo el edema se va presentando un tumor circunscrito y separado del útero por un surco, tumor que es liso, más ó menos regular, rara vez fluctuante y cuya marcha es más ó menos rápida.

4º Flegmón del ligamento ancho.—La inflamación del ligamento ancho puede hacerse por dos vías diferentes: ya sea por contigüidad de la trompa que á su vez está infectada, como quieren algunos autores, ya por la vía linfática, como opinan otros. La segunda hipótesis es la más aceptada, pues se ve generalmente la inflamación limitarse á la parte superior ó inferior de este ligamento, sitio adonde la anatomía dice se encuentran los troncos linfáticos que acompañan á las arterias urinarias y útero-ovarianas.

En el primer caso se ve desarrollarse lo que Auvard llama el celulitis ó flegmón del vértice del ligamento ancho, y en el segundo lo que el mismo autor denomina el flegmón ó la celulitis de la base del ligamento ancho. Ribemont llama al primero peri-linfangitis troncular superior y peri-linfangitis de la base del ligamento ancho la segunda.

El mismo Auvard dice que algunas veces la inflamación puede invadir otros tejidos en los cuales no se ha descubierto aún linfáticos, tales como el tejido celular que rodea al recto y el tejido celular peri-vesical, dando así lugar á la celulitis ó flegmón peri-rectal y á la celulitis de la cavidad de Retzius, des-

arrollando la induración inflamatoria supra-pubiana llamada plastrón abdominal.

Otras veces la inflamación puede propagarse por todo el tejido celular de la pelvis invadiendo muy diversos puntos y no prestándose por esto á una descripción metódica.

Según que todo ó parte del ligamento ancho está atacado por la inflamación, así los síntomas á que da lugar serán más ó menos intensos.

Las manifestaciones sintomáticas de esta afección, no aparecen sino en general al fin del primer septenario de un parto séptico, y dos son los síntomas que abren la escena, el calosfrío y el dolor.

El calosfrío cuando aparece es intenso y de alguna duración.

El dolor puede ser el único síntoma del principio, tiene su sitio en la región lombar y presenta irradiaciones hacia los muslos.

Después la formación del pus declara su presencia por fenómenos que son comunes á todas las colecciones purulentas, tales como la fiebre de carácter remitente, la pérdida del apetito y del sueño, la alteración de las facciones, sudores profusos, pequeños calosfríos, todo constituyendo lo que se llama la fiebre héctica.

Hay que tener presente que en esta afección, una vez el pus formado, pueden desaparecer todos estos síntomas y dar lugar á una seguridad peligrosa si no se tiene presente que esta calma no es sino temporal.

Cuando al principio de la afección se practica el tacto, se encuentra un empastamiento general de los fondos de saco vaginales, con predominancia de un lado, que hace perder al útero toda movilidad.

Posteriormente y uniendo al tacto la palpación abdominal, es decir, haciendo la exploración bimanual, se encuentra el empastamiento general del principio, localizado en una induración lateral que de los bordes del útero se dirige hacia las paredes de la pelvis y hacia arriba y hacia abajo, dando así la

idea exacta de la forma y disposición del ligamento ancho, que parece, dice Pozzi, solidificado. El útero está rechazado del lado sano en látero-versión.

5º Celulitis pelviana difusa, es la forma más grave de las manifestaciones locales de la septicemia puerperal, es, puede decirse, el paso de la infección local á la infección general, pues si local es por su limitación á la zona genital, en razón de los síntomas generales á que da lugar y por su terminación más á menudo fatal, se aproxima más á la infección general.

En esta forma de infección, ya sea por la virulencia exaltada de los agentes sépticos, ya porque sean en gran número, la infección en lugar de localizarse á algunos departamentos del tejido celular de la pelvis, produce la infiltración de todo este tejido, siendo esta generalización de una rapidez de tal manera extrema, que ha sido comparada á la de la erisipela "*Erisipeles malignum puerperale*" de Virchow, teniendo tendencia á la mortificación de todo el tejido celular, que puede dar lugar al enfisema, á la ulceración de los vasos, ocasionando terribles hemorragias y terminando, como hemos dicho, más generalmente con la muerte de la enferma.

INFECCIÓN GENERAL.

Dos son las formas que pueden observarse de esta infección: unas veces las lesiones locales de los órganos genitales se acompañan de infección generalizada á todo el organismo, y otras veces la infección se generaliza rápidamente dando así lugar á un cuadro de síntomas generales preponderante; las lesiones locales no son graves en apariencia.

Las principales formas de esta infección general son: 1º La peritonitis puerperal generalizada. 2º La pioemia y 3º La septicemia puerperal. Hay una 4ª menos grave y de manifestación tardía, es la *flegmatia alba dolens.* Describiremos cada una separadamente.

1º Peritonitis puerperal generalizada.—La peritonitis puerperal generalizada puede algunas veces no ser sino la extensión á la

serosa abdominal, de la inflamación séptica del peritoneo pelviano, pero algunas veces la inflamación del peritoneo es primitivo y se extiende desde luego á toda la serosa del abdomen.

Esta enfermedad ha sido llamada por Siredey, linfo-peritonitis; esta denominación ha sido abandonada, porque hace suponer que la extensión de la inflamación, se hace siempre por los linfáticos, y es bien sabido que no es siempre así, pues puede muy bien suceder, y de hecho sucede, que esta infección gane el peritoneo abdominal, pasando directamente de la trompa á esta membrana serosa.

Su principio es brusco y se anuncia por un gran calosfrío, al segundo, tercero, algunas veces aun el cuarto día después del parto. Este calosfrío no puede pasar desapercibido para la parida, pues es muy violento, dura hasta cuarenta minutos, se acompaña de temblor general muy intenso, de castañeteo de dientes y de una sensación de frío extrema.

Después tenemos como síntoma del principio y acompañando al calosfrío el dolor. Este dolor es muy agudo generalizado á todo el vientre, que está abultado, aunque un poco más notable hácia las partes laterales del útero, arranca á la enferma gritos llegando ésta á no poder soportar la menor presión, ni aun el peso de sus cobijas y exagerándose por los movimientos de la enferma.

A consecuencia de este abultamiento del vientre, que es producido por los gases desarrollados en las asas intestinales, el diafragma es rechazado hácia la cavidad del tórax y molesta la respiración, de donde angustia, sofocación y un tipo de respiración costal superior. Desde el principio se ve á la enferma atacada de hipo pertinaz y por vómitos incesantes que al principio mucosos llegan á ser fecaloides.

La lengua húmeda, roja en la punta y en los bordes, amarilla en el centro, al fin de la enfermedad llega á ser fuliginosa.

La orina es en pequeña cantidad algo albuminosa; se observa diarrea serosa y muy fétida.

La fiebre aparece junto con el calosfrío; es de ascensión rápida, más elevada en la tarde, no desciende abajo de 39°5 y se eleva hasta 40° y 41°.

Se acompaña de su cortejo habitual, anorexia, una sed tan ardiente, que la enferma absorbería por su voluntad grandes cantidades de agua, que no tardaría en expulsar por el vómito.

El pulso oscila entre 100 y 120 y se acelera á medida que la enfermedad hace progresos llegando al fin á ser incontable.

A pesar de esta fiebre intensa, es raro observar delirio, que no sobreviene sino al fin de la enfermedad y aun algunas veces no es un verdadero delirio sino más bien un subdelirio el que se presenta.

La secreción láctea no se establece en estas condiciones, y si la infección estalla después de haberse establecido, se modera ó se detiene por completo.

Los loquios se disminuyen ó se suspenden; si permanecen, se vuelven fétidos.

El estado general de la enferma expresa su situación: acostada en el decúbitus dorsal tiene sus muslos doblados sobre la pelvis, tal vez para minorar su dolor; su cara pálida, su nariz afilada, sus ojos excavados y circundados de negro: todo en ello traduce la angustia y la gravedad de su estado.

Hemos hablado del dolor generalizado á todo el abdomen, pero un poco más notable hacia los lados del útero; haciendo la palpación se puede notar esta diferencia marcada y esta predominancia del dolor hacia los lados del órgano gestador.

Algunas veces la infección peritoneal se complica de derrames pleurales, congestión pulmonar ó pericarditis, otras tantas complicaciones que vienen á hacer más grave el pronóstico, de por sí ya muy serio de la parida.

2º Pioemia puerperal.—Antiguamente se creía que los estreptoccocus formaban coágulos infecciosos en las venas uterinas, que estos coágulos ó parte de ellos, arrastrados por el torrente circulatorio, iban á formar embolias sépticas, que á su vez daban nacimiento á los accidentes que en los diversos órganos de la economía produce la pioemia puerperal.

Como se ve por este modo de explicar los hechos, estos accidentes estaban inmediatamente relacionados á la idea de una embolia séptica, y sin ella no podían existir; mas como en numerosos casos de pioemia se hubiese comprobado estos accidentes sin la presencia de trombus uterinos y de las embolias, se ha llegado á admitir que los estreptoccocus, agentes de esta infección, son traídos directamente por la corriente, y fijándose en las paredes de la vena ocasionan la inflamación de su túnica interna (endo-flebitis); privada de la capa epitelial, penetra á la túnica media y aun á la túnica externa, ocasionando la periflebitis supurativa séptica y el absceso metastático.

Siendo múltiples los puntos del organismo donde pueden fijarse los estreptococus, múltiples también serán los accidentes á que den lugar, y múltiples por consiguiente las manifestaciones de la pioemia puerperal.

En su principio la pioemia puerperal reviste el carácter de una fiebre intermitente con calosfríos múltiples, generalmente intensos.

En efecto, esta enfermedad, del quinto al décimo día después del parto, comienza por un gran calosfrío que dura hasta una hora, y se acompaña de fiebre intensa, de elevación brusca, y después cae á la normal ó á casi la normal y se acompaña de sudores profusos.

Después, al cabo de 24 ó 48 horas de un estado general relativamente bueno, se ve producirse un nuevo ascenso de la temperatura que, como el anterior, comienza por un calosfrío intenso, se acompaña de los mismos síntomas generales y se termina por sudores y por la caída rápida de la fiebre.

Se ve al fin á la parida sumergida en un estado general que deja mucho que desear; se le ve atacada de un estado febril continuo que nada explica, pues no hay por parte de los órganos genitales nada que llame la atención; no hay dolor, tampoco abultamiento del vientre, los loquios son normales, y sin embargo, á más de este estado febril continuo, le mujer enflaquece, pierde el apetito, tiene su piel de un tinte sub-ictérico,

la lengua seca, las orinas raras y albuminosas, una diarrea intensa y fétida, hasta que al fin aparecen las diversas localizaciones de la infección pioémica, localizaciones que son, como hemos dicho, múltiples.

Las articulaciones son generalmente las primeras atacadas; se forman artritis supuradas que dan lugar á los síntomas que se describen á esta afección de las articulaciones.

El aparato cardio-vascular es el más atacado; se ven las venas superficiales y profundas de los miembros, así como las de las vísceras, ser atacadas de flebitis y producir manifestaciones en relación con su sitio.

Las lesiones del corazón se sitúan sobre todo en la membrana interna de este órgano, y más especialmente al nivel de la válvula mitral, que se cubre de vegetaciones y se forman abscesos que abiertos en el ventrículo izquierdo son el punto de partida de otras tantas embolias infecciosas, que pueden dar lugar á la muerte súbita ó á todos los accidentes de las endocarditis infecciosas.

El pericardio presenta sufusiones sanguíneas producidas por pequeños infartos, infartos que pueden también supurar y transformarse en colecciones purulentas de dimensiones variables.

Los accidentes pulmonares están en relación con el calibre de la vena invadida, y dan lugar á infartos desde el más pequeño hasta los focos más grandes de gangrena pulmonar; si la enferma no sucumbe, estos focos pueden, abriéndose en la pleura, producir accidentes de pío-neumo-tórax; algunas veces la pleura es atacada sin que haya lesiones pulmonares manifiestas.

Las venas de los miembros hemos dicho que no escapan á la infección, y se ve desarrollarse en ellas los accidentes de flebitis y abscesos peri-flebíticos. Las arterias y los capilares son igualmente atacados.

Bástenos para terminar esta imperfecta sintomatología de la pioemia puerperal, decir que todos los órganos de la economía, no tan sólo el pulmón y el corazón, pueden ser atacados por

la infección; así, el hígado, los riñones, el bazo y el cerebro pueden ser el sitio de estos abscesos múltiples, á que se ha llamado abscesos miliares, y constituyen, se puede decir, la anatomía patológica de esta terrible infección llamada pioemia.

3º Septicemia puerperal.—Hemos dicho al hablar de la pioemia puerperal, que esta infección está caracterizada por una elevación de la temperatura del cuerpo y la formación de múltiples abscesos en los órganos de la economía, á los cuales se ha dado el nombre de abscesos metastáticos; pues bien, según Siderey, la septicemia no sería sino una infección á mayor grado, la cual mataría á la enferma antes que estas lesiones locales se pudieran producir, de manera que la diferencia esencial entre estas dos maneras de ser de la infección, no consiste sino en la marcha más ó menos rápida de la infección, diferencia que la necropsia confirma, pues no se encuentra en el caso de septicemia ninguna huella de supuración.

Pero habiéndose encontrado el estreptococcus en los capilares del organismo, se ha podido decir que en este caso, lo mismo que en las otras manifestaciones de la infección puerperal, es el mismo agente séptico el que produce la muerte, si no por su propiedad piógena sí por su virulencia.

La marcha de la septicemia puerperal es muy irregular, á veces dominan los síntomas generales, á veces los síntomas locales. Esta irregularidad es capaz de desviar al clínico, pues nada tiene de precisa en su marcha y sus síntomas; pero sin embargo posee caracteres constantes, por ejemplo la calentura, que en este caso es un estado febril permanente, acompañado de profunda adinamia, la rapidez de la enfermedad es asombrosa, algunas veces bastan algunas horas para presenciar el desenlace fatal. Lo general es que la enferma sucumba en el término de 6 á 10 días.

DIAGNÓSTICO.

De todo lo expuesto se deduce que hay tres fenómenos que al presentarse en las paridas deben despertar serios temores y poner al partero en guardia para intervenir tan pronto como sea necesario. Estos fenómenos son: el calosfrío, la fiebre y el dolor.

Es muy cierto que estos síntomas pueden observarse en la parida fuera de toda infección puerperal, pues durante el puerperio, como en cualquier otro momento, la mujer puede ser atacada de otras muchas afecciones en las cuales estos síntomas se observan; así por ejemplo, á consecuencia de una congestión intensa de los senos, de una linfangitis de estos mismos órganos, puede observarse una elevación de la temperatura, sin que por esto haya infección puerperal; el calosfrío y la fiebre, y aun el dolor y el abultamiento del vientre pueden observarse en ella á consecuencia de una retención de materias fecales, hecho no muy raro y producido por la compresión que ejerce el útero sobre el recto; pero aquí, como en todos los casos de patología, es al práctico á quien corresponde poner en juego todos los recursos que su ciencia le suministra, y no guiarse por uno ó más síntomas aislados, sino fundar su diagnóstico con todo un conjunto de ellos, pues es regla general que no debemos olvidar que un síntoma por sí solo no tiene valor ninguno, y el criterio que de una enfermedad se forme debe siempre reposar sobre el conocimiento é interpretación exacta de todos y cada uno de los fenómenos que presente el enfermo. El conocido aforismo *Unum signum nulum signum* encuentra á cada paso su confirmación.

Así pues, repetimos, y todos los autores modernos lo establecen como regla, el partero tiene la obligación, siempre que en una parida observe calosfrío y fiebre, de investigar la causa de estas perturbaciones, que si bien pueden tener múltiples causas, en estas condiciones especiales son más frecuentes la manera como el organismo da la voz de alarma, avisa la invasión

de la economía por los agentes sépticos y pide á la ciencia su auxilio para luchar contra ellos, auxilio del cual depende la mayor parte de las veces la vida de la puérpera.

El dolor abdominal es un signo que debe ser examinado con cuidado, pues es de mucha importancia para el diagnóstico. Este, como el calosfrío y la fiebre, pueden presentarse en condiciones diversas y tener muchas significaciones, aun puede no ser producido sino por una contracción refleja del útero en el momento en que la mujer da el seno al niño; pero debe tenerse en consideración, sobre todo cuando se encuentre no al nivel del útero sino hacia sus partes laterales, cuando sea continuo y que aumente por la presión.

El tacto y la palpación son de mucho valor en el diagnóstico de las manifestaciones locales de la infección puerperal. Las enseñanzas que por estos medios de exploración pueden obtenerse han sido ya estudiadas anteriormente.

Diremos para terminar, y no nos cansaremos de repetirlo, que el cuadro sintomático de la infección puerperal es muy complexo y tan sólo un estudio cuidadoso y concienzudo de todas y cada una de sus manifestaciones pueden conducirnos por un buen camino.

De este imperfecto estudio que hemos hecho de la infección puerperal, podemos sacar las siguientes

CONCLUSIONES:

1ª Lo que los antiguos llamaban fiebre puerperal y que hoy llamamos septicemia puerperal, es una infección.

2ª Esta infección es producida más generalmente por el estreptococcus piogenes.

3ª El estreptococcus se encuentra solo ó acompañado de otros micro–organismos sépticos en la vagina de la mujer al fin del embarazo y en el momento del parto, esperando la oportunidad de penetrar al organismo.

4ª Esta penetración se anuncia al partero por síntomas que debe conocer para poder intervenir oportunamente.

5ª La septicemia puerperal es hoy un accidente raro. El partero celoso de su deber puede y debe evitar semejante complicación del parto, y como dice Charles, gracias al método antiséptico la mujer no tiene ya que temer esta tremenda enfermedad que hacía antes tantas víctimas.